

	Amministrazione destinataria Comune di Biassono Ufficio destinatario Ufficio di Piano	
---	--	--

Scheda di invio al servizio affidi "Tepee"

Il segnalante			
<i>(operatore di riferimento)</i>			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Dati professionali			
Servizio sociale			
<i>(indicare il comune di appartenenza del servizio sociale)</i>			
Qualifica professionale			

<input type="checkbox"/> eventuale altro operatore di riferimento			
Cognome		Nome	
Codice Fiscale			
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata
Dati professionali			
Servizio sociale			
<i>(indicare il comune di appartenenza del servizio sociale)</i>			
Qualifica professionale			

PROGETTO DI AFFIDO A FAVORE DI

minore											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza							
Residenza											
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
										<input type="checkbox"/>	
collocamento del minore											
<input type="radio"/> famiglia di origine											
<input type="radio"/> famiglia affidataria											
<input type="radio"/> comunità											
<input type="radio"/> altro <i>(specificare)</i>											
Accudito principalmente da											
Cognome			Nome				Codice Fiscale				
Percorso scolastico											
Denominazione scuola					Classe						

composizione familiare**Presenza dei genitori**

<input type="radio"/>	sì entrambi
<input type="radio"/>	sì madre
<input type="radio"/>	sì padre
<input type="radio"/>	no

 padre**Cognome**

	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza**Provincia**

Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
						<input type="checkbox"/>	

Telefono cellulare

Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Convivente con il minore

<input type="radio"/>	sì
<input type="radio"/>	no

Stato di provenienza**In regola con i documenti di soggiorno**

<input type="radio"/>	sì
<input type="radio"/>	no

Già in carico presso servizi specialistici

<input type="radio"/>	sì
	Specificare

<input type="radio"/>	no
-----------------------	----

Occupazione

--

 madre**Cognome**

	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita

Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Residenza**Provincia**

Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
						<input type="checkbox"/>	

Telefono cellulare

Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata

Convivente con il minore

<input type="radio"/>	sì
<input type="radio"/>	no

Stato di provenienza**In regola con i documenti di soggiorno**

<input type="radio"/>	sì
<input type="radio"/>	no

Già in carico presso servizi specialistici

<input type="radio"/>	sì
	Specificare

<input type="radio"/>	no
-----------------------	----

Occupazione

--

<input type="checkbox"/> presenza di fratelli		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Collocamento		

<input type="checkbox"/> presenza di fratelli		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Collocamento		

<input type="checkbox"/> presenza di fratelli		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Collocamento		

<input type="checkbox"/> presenza di fratelli		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Collocamento		

<input type="checkbox"/> altri conviventi che hanno un legame significativo col minore		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Collocamento		Tipologia legame

<input type="checkbox"/> altri conviventi che hanno un legame significativo col minore		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
Collocamento		Tipologia legame

storia sintetica della famiglia e del minore
Breve cronologia delle tappe più significative per comprendere la sua condizione attuale

Problematiche sanitarie (tipologia handica, ritardo, autismo, salute)

Tipologia di attaccamento ai genitori

Rapporto con la scuola e andamento

Figura accuditiva diretta

- padre
- madre
- nonno/a
- zio/a
- istituto
- fratello/sorella
- altro *(specificare)*

Sentimento di appartenenza alla famiglia di origine

- nullo
- scarso
- buono
- ottimo

Schieramenti affettivi con

- padre
- madre
- nonno
- altro *(specificare)*

Rapporto con fratelli	
<input type="checkbox"/>	condivisione-solidarietà
<input type="checkbox"/>	accudimento – protezione
<input type="checkbox"/>	rivalità – competizione
<input type="checkbox"/>	aggressività-violenza
<input type="checkbox"/>	estraneità – indifferenza
<input type="checkbox"/>	altri (<i>specificare</i>)
Comportamento verso adulti estranei	
<input type="checkbox"/>	agitato
<input type="checkbox"/>	ribelle
<input type="checkbox"/>	appiccicoso
<input type="checkbox"/>	chiuso
<input type="checkbox"/>	seduttivo
<input type="checkbox"/>	aggressivo
<input type="checkbox"/>	intrusivo
<input type="checkbox"/>	amabile
<input type="checkbox"/>	ragionevole
<input type="checkbox"/>	indifferenziato
<input type="checkbox"/>	sessualizzato
<input type="checkbox"/>	altri (<i>specificare</i>)
Comportamento verso i coetanei	
<input type="checkbox"/>	passivo-dipendente
<input type="checkbox"/>	isolato
<input type="checkbox"/>	aggressivo
<input type="checkbox"/>	bullismo
<input type="checkbox"/>	seduttivo
<input type="checkbox"/>	appiccicoso
<input type="checkbox"/>	burlone
<input type="checkbox"/>	amabile
<input type="checkbox"/>	altri (<i>specificare</i>)
Cura della persona	
<input type="radio"/>	nulla
<input type="radio"/>	scarsa
<input type="radio"/>	buona
<input type="radio"/>	ossessiva
<input type="radio"/>	discontinua
Comportamento verso i coetanei	
<input type="checkbox"/>	del comportamento
<input type="checkbox"/>	ritardo psicomotorio
<input type="checkbox"/>	del linguaggio
<input type="checkbox"/>	dell'alimentazione
<input type="checkbox"/>	della condotta sessuale
<input type="checkbox"/>	blocco evolutivo
<input type="checkbox"/>	enuresi-encopresi
<input type="checkbox"/>	agitazione psicomotoria
<input type="checkbox"/>	difficoltà scolastiche
<input type="checkbox"/>	altri (<i>specificare</i>)

Descrizione dei genitori

descrizione del padre

Risorse o abilità

Problematiche sociali e relazionali

Eventi stressanti

Relazione di coppia

Relazione con il figlio o la figlia

Rapporti con la propria famiglia d'origine

Relazione con gli operatori

descrizione della madre

Risorse o abilità

Problematiche sociali e relazionali

Eventi stressanti

Relazione di coppia**Relazione con il figlio o la figlia****Rapporti con la propria famiglia d'origine****Relazione con gli operatori****progetto di affido****Tipologia di affido**

- tempo pieno
- week-end
- vacanze
- pronto intervento
- part-time (*specificare*)

Presenza dell'autorità giudiziaria

- nessun procedimento presso l'autorità giudiziaria
- Tribunale ordinario
- Tribunale per i minorenni

Tipo di provvedimento <i>(solo in caso di presenza dell'autorità giudiziaria)</i>	
<input type="radio"/>	prescrizione con richiesta approfondimenti
	Specificare
<input type="radio"/>	decreto
	Specificare
Durata del progetto di affido	
Tempi di attivazione previsti	
Motivazione dell'affido	
Obbiettivi dell'affido	
Interventi previsti durante l'affido	
<input type="checkbox"/>	cure sanitarie
	Specificare servizio e frequenza
<input type="checkbox"/>	sostegno psicologico
	Specificare servizio e frequenza
<input type="checkbox"/>	psicoterapia
	Specificare servizio e frequenza
<input type="checkbox"/>	ADM
<input type="checkbox"/>	sostegno scolastico
<input type="checkbox"/>	altro <i>(specificare)</i>

progetto relativo alla famiglia di origine

Valutazione sulla recuperabilità delle capacità genitoriali e ipotesi dei tempi

Interventi previsti**Altro****rapporti minore-famiglia di origine (che saranno inseriti nel progetto e patto d'affido)** in corso di valutazione già definiti**All'avvio dell'affido** primo mese primi due mesi

Modalità incontri all'avvio					
<input type="checkbox"/>	incontri alla presenza di un operatore				
	<table border="1"> <tr> <td>frequenza</td> <td>con</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	frequenza	con		
frequenza	con				
<input type="checkbox"/>	spazio neutro				
	<table border="1"> <tr> <td>frequenza</td> <td>con</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	frequenza	con		
frequenza	con				
<input type="checkbox"/>	incontri non protetti				
	<table border="1"> <tr> <td>frequenza</td> <td>con</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	frequenza	con		
frequenza	con				
<input type="checkbox"/>	rientro a casa				
	<table border="1"> <tr> <td>frequenza</td> <td>con</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	frequenza	con		
frequenza	con				
<input type="checkbox"/>	telefonate				
	<table border="1"> <tr> <td>frequenza</td> <td>con</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	frequenza	con		
frequenza	con				
<input type="checkbox"/>	nessun intervento				
Note					

condivisione del progetto con il minore					
<input type="radio"/>	è stato informato				
	<table border="1"> <tr> <td>Specificare da chi e la relazione col minore</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>	Specificare da chi e la relazione col minore			
Specificare da chi e la relazione col minore					
<input type="radio"/>	non è stato ancora informato				
	<table border="1"> <tr> <td>Motivazione</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td>Tempi previsti per la comunicazione</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>	Motivazione		Tempi previsti per la comunicazione	
Motivazione					
Tempi previsti per la comunicazione					

<input type="checkbox"/> progetto di affido di fratelli					
<input type="radio"/>	una sola famiglia affidataria				
	<table border="1"> <tr> <td>Vantaggi</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td>Problematiche</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>	Vantaggi		Problematiche	
Vantaggi					
Problematiche					
<input type="radio"/>	più famiglie affidatarie				
	<table border="1"> <tr> <td>Vantaggi</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td>Problematiche</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>	Vantaggi		Problematiche	
Vantaggi					
Problematiche					

Modalità e tempi di frequentazione fratelli**aspettative sulla famiglia affidataria****Tipologia** famiglia con figli

Età dei figli

 famiglia senza figli single**Età affidatari** non rilevante con preferenza

Specificare la fascia d'età preferita

Residenza stessa dei genitori paesi limitrofi entro 30km oltre i 30km non vincolante**Caratteristiche/capacità/risorse degli affidatari utili al minore****Caratteristiche/capacità/risorse degli affidatari utili ai genitori del minore e al progetto di affido**

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input type="checkbox"/>	copia del decreto rilasciato dal tribunale
<input checked="" type="checkbox"/>	copia delle valutazioni prodotte <i>(relazione del servizio sociale, tutela, relazioni psicodiagnostiche)</i>
<input type="checkbox"/>	relazioni educative
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Biassono		
Luogo	Data	Il dichiarante